

# 短期入所生活介護(ショートステイ) さいたまかがやきの里 利用料金表

2024.6.1現在

要介護区分	負担割合	施設利用一部負担※1	居住費(日)※2		食費(日)※2		日用品費※3	1日当たりの費用
要介護 1	1割	914	第1段階	820	第1段階	300	300	2,334
			第2段階	820	第2段階	600		2,634
			第3段階①	1,310	第3段階①	1,000		3,524
			第3段階②	1,310	第3段階②	1,300		3,824
			2,392		1,645			5,251
2割	1,828	2,392		1,645		6,165		
3割	2,742	2,392		1,645		7,079		
要介護 2	1割	998	第1段階	820	第1段階	300	300	2,418
			第2段階	820	第2段階	600		2,718
			第3段階①	1,310	第3段階①	1,000		3,608
			第3段階②	1,310	第3段階②	1,300		3,908
			2,392		1,645			5,335
2割	1,995	2,392		1,645		6,332		
3割	2,993	2,392		1,645		7,330		
要介護 3	1割	1091	第1段階	820	第1段階	300	300	2,511
			第2段階	820	第2段階	600		2,811
			第3段階①	1,310	第3段階①	1,000		3,701
			第3段階②	1,310	第3段階②	1,300		4,001
			2,392		1,645			5,428
2割	2,181	2,392		1,645		6,518		
3割	3,272	2,392		1,645		7,609		
要介護 4	1割	1179	第1段階	820	第1段階	300	300	2,599
			第2段階	820	第2段階	600		2,899
			第3段階①	1,310	第3段階①	1,000		3,789
			第3段階②	1,310	第3段階②	1,300		4,089
			2,392		1,645			5,516
2割	2,357	2,392		1,645		6,694		
3割	3,535	2,392		1,645		7,872		
要介護 5	1割	1263	第1段階	820	第1段階	300	300	2,683
			第2段階	820	第2段階	600		2,983
			第3段階①	1,310	第3段階①	1,000		3,873
			第3段階②	1,310	第3段階②	1,300		4,173
			2,392		1,645			5,600
2割	2,526	2,392		1,645		6,863		
3割	3,789	2,392		1,645		8,126		

※上記料金は概算での参考金額です。裏面の補足説明欄も併せてご確認下さい。

# 介護予防短期入所生活介護 さいたまかがやきの里 利用料金表

2024.6.1現在

要介護区分	負担割合	施設利用一部負担※1	居住費(日)※2		食費(日)※2		日用品費※3	1日当たりの費用
要支援 1	1割	661	第1段階	820	第1段階	300	300	2,081
			第2段階	820	第2段階	600		2,381
			第3段階①	1,310	第3段階①	1,000		3,271
			第3段階②	1,310	第3段階②	1,300		3,571
			2,392		1,645			4,998
	2割	1,322	2,392	1,645	5,659			
	3割	1,982	2,392	1,645	6,319			
要支援 2	1割	818	第1段階	820	第1段階	300	2,238	
			第2段階	820	第2段階	600	2,538	
			第3段階①	1,310	第3段階①	1,000	3,428	
			第3段階②	1,310	第3段階②	1,300	3,728	
			2,392		1,645		5,155	
	2割	1,636	2,392	1,645	5,973			
	3割	2,453	2,392	1,645	6,790			

※上記料金は概算での参考金額です。下記の補足説明欄も併せてご確認ください。

補足説明
<p>※1 施設利用一部負担には、施設サービス費(基本報酬の単位数)の他、看護体制加算Ⅰ(4単位)・夜勤職員配置加算Ⅱ(18単位)・サービス提供体制強化加算Ⅱ(18単位)・介護職員処遇改善加算Ⅰ(8.3%)・介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ(2.7%)・地域加算(10.83%)介護職員ベースアップ加算等支援加算(1.6%)が含まれております。送迎を行わせていただいた場合は送迎加算(片道184単位)がかかります。</p> <p>※1 負担割合(1割～3割)は個人によって異なります。ご利用の際は『介護保険負担割合証』のご提示をお願いいたします。</p> <p>※2 第1～第3段階は、『介護保険負担限度額認定証』の認定結果により区別されます。尚、あらかじめ保険者(各市区町村)への申請が必要になります。</p> <p>※3 日用品費 歯ブラシ・歯磨き粉・入れ歯洗浄剤・ボックスティッシュ・ペーパータオル等となります。</p>